

In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects medical documents written by Algerian assistant professors, professors or any other health practicals and teachers from the same field.

Some articles are subject to the author's copyrights.

Our team does not own copyrights for the most content we publish.

"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to be in contact with all authors.

If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com to settle the situation.

All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.

Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.



TUMEURS DE LA VESSIE

- tumeurs épithéliales dans 98% des cas :
 - 90% **carcinome à cellules transitionnelles** = épithélioma paramalpighien
 - 3% adénoK,
 - 3% K épidermoïde
- 2^{ème} cancer urologique après celui de la prostate
- Prédomine chez l'homme > 50ans
- Les tumeurs se développent là où l'urine stagne (trigone, diverticule)

Facteurs de risques :

- **Tabac : 1^{ère} cause**
- Exposition professionnelle : dérivée d'hydrocarbure (benzidine), colorant et aromatique, industrie de la teinture, caoutchouc, métallurgie, goudron (dérivées de l'aniline)
- **Bilharziose urinaire : carcinome épidermoïde**
- Médicamenteuse : phénacétine (antalgique), cyclophosphamide
- Congénital : uropathie des Balkans
- Irradiations pelviennes, alcool, malformations congénitales

Anapath :

- classification OMS

1- tumeurs urothéliales :

a. **tumeurs bénignes** : papillomes

b. **tumeurs malignes** :

- **carcinome à cellules transitionnelles** = épithélioma paramalpighien = carcinome excréto-urinaire :
 - grade I : bien différencié
 - grade II : moyennement différencié
 - grade III : peu différencié
- classification TNM :
 - Tis : carcinome in situ
 - T1 : envahissement du chorion
 - T2 : envahissement du muscle
 - T3 : envahissement de la graisse périvésicale
 - T4 : envahissement de la paroi ou extra vésicale
 - N1 : GGL unique < 1cm
 - N2 : GGL unique < 5cm ou GGL multiples
 - N3 : GGL unique ou multiples > 5cm
 - M+ : métastase (foie, poumon, os)

⇒ **tumeur superficielle de la vessie** **dans 75%des cas** avec risque de récurrence sous un mode superficiel ou infiltrant

⇒ **tumeurs infiltrantes** : 20%, s'associe à des lésions type CIS (mauvais pronostic)

- **autres** : **carcinome épidermoïde (mauvais Pc, zone d'endémie bilharziose)**, adénocarcinome (plus fréquent chez la femme)

2- tumeurs non épithéliales : lymphome, sarcome, phéochromocytome

Clinique :

- **hématurie** : très fréquente, terminale, macroscopique
- irritation vésicale : **dysurie, pollakiurie...**
- **douleurs lombaires** à un stade tardif par retentissement sur le haut arbre urinaire
- découverte lors d'une cytologie urinaire chez les sujet exposé et à risque professionnel
- découverte fortuite : écho, UIV
- examen complet + TR

Paraclinique :

- 1) **échographie** : tm > 1cm
- 2) **UIV** : dans le bilan exploratoire d'une hématurie => images lacunaires, vessie rigide
- 3) **ECBU** : réalisé avant toute endoscopie
- 4) **Cystoscopie (examen clef)** : intérêt Dc et thérapeutique
- 5) **Cytologie urinaire** : **intérêt Dc et suivie** surtout pour les CIS (desquamation)
- 6) **Bilan d'extension** : écho, TLT, TDM...

Traitement

1) chirurgie :

- TRT conservateur avec ablation de la tumeur en totalité
- cysto-prostatectomie en bloc chez l'homme
- cysto-urétréctomie chez la femme
- curage ganglionnaire
 - o création d'une néo-vessie avec système anti reflux

2) radiothérapie :

- isolée ou en préopératoire

3) chimiothérapie :

- locale instillation : BCG, mytomicine C (MMC) => diminue le risque de récurrence
- générale : méthotrexate, vincristine, adriamycine

4) indications :

- **TV superficielles** :
 - résection endoscopique complète + instillation endo-vésicale
 - si récurrence précoce => traitement radical
- **Tumeurs infiltrantes de la vessie** :
 - cystectomie totale avec ou sans remplacement
 - patient inopérable : radio + chimiothérapie => résection chirurgicale

5) surveillance :

- cytologie (chaque 3mois), cystoscopie + échographie (6mois)